

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn.: „Wzrost dostępności do usług zdrowotnych, w tym specjalistycznych usług z zakresu ginekologii i urologii dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i zależnych w województwie śląskim”

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(seria i numer dowodu osobistego)

.....
(numer PESEL)

deklaruję chęć udziału w projekcie

pn. „Wzrost dostępności do usług zdrowotnych, w tym specjalistycznych usług z zakresu ginekologii i urologii dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i zależnych w województwie śląskim”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach:

OSI PRIORYTETOWEJ IX. Włączenie społeczne

DZIAŁANIA 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych

NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: UDA-RPSL.09.02.06-24-0694/17-00

Projekt : RPSL.09.02.06-IZ.01-24-165/17 pn. „Wzrost dostępności do usług zdrowotnych, w tym specjalistycznych usług z zakresu ginekologii i urologii dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i zależnych w województwie śląskim.”

***Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.***

Dane uczestniczki/uczestnika:										
1	Kraj									
2	Imię									
3	Nazwisko									
4	PESEL									
5	Brak PESELU	≡								
6	Płeć	≡ Kobieta ≡ Mężczyzna								
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu									
8	Wykształcenie:	≡ gimnazjalne, ≡ niższe niż podstawowe, ≡ podstawowe, ≡ policealne, ≡ ponadgimnazjalne, ≡ wyższe								
Dane kontaktowe:										
1.	Województwo									
2.	Powiat									
3.	Gmina									
4.	Miejscowość									
5.	Ulica									
6.	Nr budynku									
7.	Nr lokalu									
8.	Kod pocztowy									
9.	Telefon kontaktowy									
10.	Adres e-mail									

Dane dodatkowe:		
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<ul style="list-style-type: none"> ≤ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <ul style="list-style-type: none"> ≤ osoba długotrwale bezrobotna ≤ inne
		<ul style="list-style-type: none"> ≤ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <ul style="list-style-type: none"> ≤ osoba długotrwale bezrobotna ≤ inne
		<ul style="list-style-type: none"> ≤ osoba bierna zawodowo w tym: <ul style="list-style-type: none"> ≤ inne ≤ osoba ucząca się ≤ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
		<ul style="list-style-type: none"> ≤ osoba pracująca w tym: <ul style="list-style-type: none"> ≤ osoba pracująca w administracji rządowej ≤ osoba pracująca w administracji samorządowej ≤ inne ≤ osoba pracująca w MMŚP ≤ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ≤ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ≤ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
2	<p>Wykonywany zawód</p> <p>INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ≤ inny ≤ instruktor praktyczne nauki zawodu ≤ nauczyciel kształcenia ogólnego ≤ nauczyciel wychowania przedszkolnego ≤ pracownik kształcenia zawodowego ≤ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ≤ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ≤ pracownik instytucji rynku pracy ≤ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ≤ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ≤ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ≤ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ≤ rolnik
3	<p>Zatrudniony w:</p> <p>INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <ul style="list-style-type: none">≤ Nie≤ Odmowa podania informacji≤ Tak <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <ul style="list-style-type: none">≤ Tak≤ Nie <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <ul style="list-style-type: none">≤ Nie≤ Odmowa podania informacji≤ Tak <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <ul style="list-style-type: none">≤ Nie≤ Odmowa podania informacji≤ Tak <p>Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu</p> <ul style="list-style-type: none">≤ Tak≤ Nie
----	---	---

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować **Revitamed Sp. z o. o.** z siedzibą w Zabrze przy ul. Wolności 502 w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. „Wzrost dostępności do usług zdrowotnych, w tym specjalistycznych usług z zakresu ginekologii i urologii dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i zależnych w województwie śląskim” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
4. Oświadczam, iż zostałam/łam pouczone o zasad uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia.
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.
6. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.
7. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*